

Destructuración del esquema corporal
y ácido lisérgico

JUAN CARLOS REY
MONTEVIDEO

En un trabajo anterior sobre Acido Lisérgico y esquema corporal, expresábamos que a nuestro modo de ver, creíamos que la acción del L.S.D. 25 actuaba provocando primariamente una alteración del esquema corporal; y que esta alteración o ruptura, traía aparejado la desconexión del sujeto con su cuerpo, con el mundo y como consecuencia se producían fenómenos de regresión y progresión, que se expresan en vivencias somáticas, en alucinaciones, pseudoalucinaciones, dramatización de parto, nacimiento y muerte.

Es la sensación de disolución del propio cuerpo, la que hace surgir fantasías de destrucción y de regresión a etapas más tempranas, y hace afluir vivencias de muerte o de regresión intrauterina.

He podido observar que uno de los primeros síntomas en aparecer después de la ingestión de la droga, es la pérdida del control de la motilidad de las manos y pies.

Un enfermo decía: siento las manos y brazos congelados, siento que mis manos están a punto de estallar, es como si me quedara sin nervios, como si fuera inhumano, duro, frío. Otras veces siento las manos como si fueran ajenas; Es como si fuera un reptil o un saurio. Todo esto acompañado de gran angustia. Creo que la angustia frente a esta situación psicológica de castración, es debido a que estas partes corporales son las que tienen mayor significación erótica y cuya pérdida por lo tanto se tolera menos, dado que son las partes del cuerpo que están en mayor conexión con el mundo externo.

El hecho de ser *lo* último en adquirir el manejo de las manos, así como el lenguaje, explica el hecho de su carga libidinosa que tienen.

Los estudios de Gesell cinematofotográficos del feto *humano*, demuestran que el tronco y los hombros se utilizan antes que las manos y dedos.

Schilder al hablar del miembro fantasma, dice que el olvido del defecto, es un producto de la represión. El yo no acepta la mutilación interna del esquema corporal, y son las partes del cuerpo más cargadas narcisísticamente las que tienen un mayor significado erótico; estas partes que están más en conexión con el mundo externo como por ejemplo la mano, son las que su pérdida se tolera menos.

Esto trae aparejado que no se pueda hacer una distinción neta entre el cuerpo y lo que está afuera, se vuelve entonces a una situación más regresiva, es decir a una primacía oral, como sucede en el lactante, en el cual se acerca a su objeto como si fuera algo que puede tomar con su boca (pecho materno).

Por eso no es solo circunstancial (sesiones extremadamente largas) de dar alimento al paciente, sino como valor integrativo.

La pérdida de la noción corporal produce la angustia locomotriz, que es el miedo a desaparecer por el borramiento de los límites corporales. Esto hace aparecer la regresión oral como sustituto del cordón umbilical, que es el que sostiene al feto y lo alimenta.

La situación intrauterina se hace entonces presente, y esta angustia de disolución, hace renacer vivencias muy arcaicas, como las que debe tener el feto de un protoesquema corporal.

Desaparece la noción de largo, ancho, izquierda y derecha; el espacio se hace ovoideo o tal vez laberíntico como lo expresa Koolhaas. “El laberinto es el espacio de la angustia confusional, es esta serpentina sin fin dentro de la cual se empantana viscosa-mente el aburrimiento”. “El comer, ser comido y dormir se transforman en la náusea dentro de lo viscoso”.

El mareo y la náusea, síntomas que aparecen muy tempranamente en la ingestión del L.S.D., no sólo está en relación con el miedo a la experiencia en sí

como dicen Alvarez de Toledo, Fontana y Morales, sino que es la expresión del vacío, el aniquilamiento, la falta de corporeidad y la alucinación por lo tanto de la unión prenatal ideal.

El yo corporal se diluye y hace perder la conexión con el mundo externo real y se intensifica la relación con los objetos internos.

Al perder la corporeidad, se pierde la noción tridimensional, y los objetos cambian de forma y tamaño: Se pueden ver más pequeños o mayores, volviéndose aplanados, terminándose por verlos en dos dimensiones; correspondiendo a lo que Rascovsky y su escuela atribuyen a una de las características del Yo fetal. Dicen los autores: “Que el psiquismo fetal desplegándose en el Ello fetal transcurre fuera del tiempo y fuera del espacio real”. “Este despliegue bidimensional inicial de la fantasía inconciente en el Ello pasa a desenvolverse dentro de una nueva dimensión, a medida que se reproduce en su doble”.

En el yo corporal subsisten las tres dimensiones espaciales, pero al perderse este yo corporal, por acción de la droga, *desaparece* la noción de tiempo y de espacio real. Es decir que deja de actuar la represión secundaria, apareciendo en todo su esplendor el proceso primario; es decir las representaciones con carácter plástico o de imágenes.

Esto se ve en nuestros enfermos, donde ¡a noción de temporalidad y de espacialidad desaparece.

Quiere decir, que la pérdida nocional corporal es vivida como ansiedad paranoide, donde el perseguidor es la droga a *través* del analista.

Esta ansiedad paranoide puede permanecer como tal en forma persecutoria durante toda la sesión, o pueden aparecer defensas (estado oceánico). El estado oceánico, es también un mecanismo característico de la posición esquizoide, donde aparece la negación, la idealización y la omnipotencia.

La *negación*, es la *atribución* de *otras características* a los objetos externos.

La idealización y omnipotencia, es la base de la situación fetal.

La deestructuración del esquema corporal incrementa el instinto de muerte, y

hace surgir el temor de aniquilación, alucinándose entonces la etapa intrauterina; Equivale pues la experiencia lisérgica a un nuevo trauma del nacimiento.

Un enfermo decía: Me siento dentro del estómago de un animal muy grande, donde había agua; hacía fuerza para salir pero no podía porque me lo impedían los dientes, luego entraba en un túnel me aprisionaban, luego veía los ojos de un hermoso niño que se abrían y cerraban. Mientras expresaba esto tenía movimientos de flexión y extensión de la columna.

En este sentido la acción del L.S.D. 25 produciría condiciones negativas extremas, haciendo abandonar las formas de adaptación más diferenciadas, regresando a otras primitivas, para de esta manera recomenzar la adaptación con la ayuda de la interpretación.

El ácido lisérgico anula bruscamente las herramientas necesarias al yo para el reconocimiento de los objetos reales externos, cuya característica física fundamental está dada por las dimensiones espaciales y temporales; esto lo siente el paciente como que ha perdido sus partes buenas discriminativas y se siente invadido y a merced de los aspectos malos y persecutorios; haciéndose presente la angustia de muerte y la iniciación del caos catastrófico, en donde todo está hecho pedazo, todo el mundo exterior hasta sus límites y todo el cuerpo con todo su contenido se encuentran despedazados y en múltiples fragmentos. Todo es odio, temor y desesperación. Aparece el mundo de lo siniestro con la paralización.

Si mis manos no son mis manos, y si mi cuerpo ya no es mi cuerpo; yo no soy yo. Y como yo, no existo y tampoco el mundo.

Esta realidad es confrontada por medio de los órganos de los sentidos.

La incoordinación de los sentidos, es otra prueba de no estar en el mundo, sentir la vivencia de la nada.

Una posibilidad que se le ofrece al hombre en su proyecto del mundo en el espacio y los sentidos, es haciendo del Otro, objeto del propio conocimiento por la mirada penetrante, en el esfuerzo de verle el juego al Otro; en el contacto de ojos le coloca en la situación de sí mismo a saber: ser un sujeto que tiene su

cuerpo.

El paciente que vé que el cuarto se achica, que las paredes se van agrandando, que los colores se hacen más intensos, está esquematizando y vivenciando la pérdida de su límite corporal.

Es posible que para suprimir su inseguridad, procurándose una seguridad subjetiva, aparezca la vivencia alucinatoria.

Aparecer visualmente ante Otro cualquiera es exponerse, revelarse al otro mediante algo que uno no es. En el ser mirado uno se siente expuesto a un juicio de valoración que el Otro nos hace; siente además que el Otro le ve sus intimas y más ocultas intenciones; es decir le parece que la mirada del Otro está como espiando.

Es importante que se haya caracterizado el reflejo del mundo de la filosofía de Sartre como un reflejo paranoide, y no carece de importancia que en éste reflejo del mundo, la mirada del Otro sea fundamental.

La mirada del Otro me encierra en el "Etre-objet pour-autrui". Son limitadas las maneras de que puedo sustraerme de ella; puedo evitar al otro y a su mirada, no huyendo del otro como avergonzado, sino quedando impenetrable para el Otro, usando mi cuerpo y mi mirada como armadura; que impide que el Otro vea mis ocultas intenciones; y yo diría recreándome en el mundo de mis objetos internos o en la sobrecarga de sus sustitutos equivalentes de la fantasía, con el carácter bidimensional de éstos.

Pensamos que el estudio del L.S.D. en ciegos de nacimiento puede ampliar y codificar datos a este respecto; viendo de qué modo al no actuar la percepción visual y modificarse la percepción cenestésica por la droga, se íntegra la función simbólica.

Al romperse la unidad opto-quineto motora del esquema corporal, lo que sale de mí, el sonido en forma de palabra, también pierde significación, ya no es una síntesis de indicio y señal, puesto que el proceso de simbolización del lenguaje y experiencias corporales tienen una cronología simultánea.

Al fallar el proceso secundario, la actividad verbal, tiene el valor de actos concretos, y la palabra se transforma en actos concretos; ya no son vínculos de conexión. Los objetos que estaban aprisionados en el soma y en la representación verbal son sentidos físicamente (Alvarez de Toledo).

Aparece la despersonalización; al perder la palabra la relación con el objeto se pierde la realidad, porque se retira la libido de los objetos que se han hecho extraños y temibles.

La angustia confusional surge porque no puede integrar las distintas partes de su cuerpo, así como los objetos de su mente. Pero esta situación confusional también es de fascinación, puesto que ahora el sujeto es el objeto; ahora puede apropiarse del “Ser interno”.

El lenguaje al perder la perspectiva por el acto de la designación simbólica impide atraer e incorporar a la esfera del yo los objetos, apareciendo otra necesidad que es el de alejarlos del yo, ponerlos fuera de él al solo fin de hacérseles representables y de convertirlos en objetos.

La fuerza de “atracción” es equilibrada por la fuerza de “abs-traccion

La conjugación y la interacción concreta de estos dos procesos condiciona y posibilita la apropiación intelectual del mundo, que es el rasgo esencial y característico del lenguaje.

Al romperse esta interacción de “abstracción” y “atracción”, se pasa del lenguaje verbal, al lenguaje corporal y se posibilita el aflujo de la fantasía inconciente; el paciente puede ahora ma-tejar el tiempo con su cuerpo, con su pensamiento o con la palabra, pudiendo movilizar su mundo con prescindencia del tiempo externo. Ya no hay diferencia entre imagen y *cosa*, entre lo “representado” y lo real. Por eso para que hablar. El objeto cosa se transforma en objeto real. Está ahí y no es necesario expresarlo. Se expresa con el cuerpo lo que no puede decir la palabra.

Se puede decir entonces que la estructura de contacto y la noción de límite adquiere un valor importante para establecer el ámbito del yo y del no yo corporal,

y la ruptura de éste-configura una nueva situación, que implica una modificación en la gestalt conoscitiva, y hace movilizar todas las ansiedades tempranas que fueron vencidas y superadas para obtener este proceso de integración.

La pérdida de la estructura de contacto trae aparejado la disociación cuerpo-mente. Ya no hay objeto total, sino objetos parciales y sólo se hacen presentes las fantasías inconscientes, representantes afectivos de las sensaciones corporales, como sucedía en el momento del nacimiento, y que está sustentado por la recreación de la unión prenatal con la madre. Este sería el objeto interno “idealizado”, y cuya recreación provoca el llamado estado oceánico por Freud, que es volver a la eternidad prenatal, a la unión infinita con el cuerpo materno. (Que es el molde estructural más primitivo).

En este sentido, la acción de la droga, provocaría el fenómeno parecido al sueño, en el cual se produce en el yo cambios que son:

Una desintegración de partes y funciones del yo; y también una disminución en el proceso de diferenciación de los límites del yo; es decir que en el acto de dormir, el yo regresa a sus más tempranas etapas, y vivencia sus primeras identificaciones frente al pecho.

También es algo análogo a lo que pasa en la esquizofrenia, donde los fenómenos de desintegración son tan visibles.

Mi experiencia me ha demostrado que el L.S.D. no provoca mayores alteraciones en los esquizofrénicos, y eso se explicaría, porque las distintas funciones cognitivas del yo en el esquizofrénico (sentimiento del yo, conocimiento de la realidad interna y conocimiento de la realidad externa) ya están dislocados.

Otra alteración importante que se produce como consecuencia de la ruptura del esquema corporal, y que provoca angustia de un carácter especial, es la dislocación del “Espacio individual” o “distancia

Es evidente que existe alrededor de nosotros, una zona que de alguna manera está incorporada a nuestro yo, que nos pertenece casi como nuestro cuerpo, y cuya

violación nos angustia.

Este espacio nos rodea, nos envuelve y en cierta forma nos protege. Se puede decir que hasta sus límites llega nuestro yo.

Así todos nos sentimos molestados cuando alguien se nos acerca demasiado para hablarnos, y sentimos la necesidad de mantener “cierta distancia”, para mantener inviolado nuestro espacio individual.

Este espacio tiene dimensiones particulares para cada ser, es decir que no es inmutable; varía para cada persona y según la situación vivencial de cada momento y con la vinculación de los objetos internos.

Este espacio se va integrando y desintegrando constantemente, pero en cierta forma se puede decir que es una trinchera que envuelve y protege a nuestro ser para-sí, y que se hace más vulnerable en su ausencia.

Sartre habla de este espacio cuando dice: “Es que un ser no está situado por su relación con los lugares, por su grado de longitud y su grado de latitud: Se sitúa en un espacio humano entre el lado de “Guermantes” y el lado de “Swann”, (Proust), lo que permite desplegar ese espacio hodológico donde él se sitúa”. “Donde vaya, haga lo que haga, no hago más que cambiar mis distancias al otro objeto, que adueñarme de las rutas hacia él. Alejarme, aproximarme, descubrir tal objeto-otro particular, no es más que efectuar variaciones empíricas sobre el tema fundamental de mi ser-para-los-otros”.

No son solamente las dimensiones del espacio individual las que varían de un momento a otro, sino que la forma de ese espacio también tiene características especiales. Se ha observado que el espacio individual es mayor hacia adelante y hacia atrás que hacia los lados, o hacia arriba y abajo. Tendría la forma de un ovoide, cuyo eje mayor fuera perpendicular al plano frontal del cuerpo.

En las mujeres ese ovoide parece algo inclinado, de manera que el eje mayor hiciera con el plano frontal, un ángulo agudo dirigido hacia la cabeza.

Aunque esta forma es la más frecuente, se pueden ver variaciones. Así hay personas cuyo espacio individual es mayor por la espalda que por delante; en

otras se extiende más hacia un lado que a otro, y este espacio varía con la posición.

Es fácil comprender que si este espacio individual varia de acuerdo a distintas circunstancias, estas variaciones serán mayores frente a cambios más graves de nuestra relación con el mundo, como sucede en la intoxicación por el L.S.D. 25.

Se puede decir que hay toda una psicopatología de este espacio individual. Así como lo ha señalado Mom, en el agorafóbico no existe el límite del espacio individual. Es un espacio indiferenciado y único, y esto es lo que provoca la tremenda angustia y el sentido de peligro y destrucción.

“Porque si en ese espacio o lugar único existieran dos cosas, dos impulsos, cuya coexistencia fuera sentida como imposible, la existencia de uno solo e indiferenciado espacio, impediría la posibilidad de colocar uno en un lado y otro en otro”.

La falta de límite de este espacio es el agorafóbico, es decir no poder diferenciar lo que es él y No él (No poder diferenciar lo bueno de lo malo) traen la sensación de vacío. Es decir que al no haber distancia y límite, aparece el vacío y como consecuencia, la angustia a la soledad, como pérdida de objeto; dando lugar a no ser- no estar.

Como defensa a esta situación, aparece el control a través de la mirada, el control del lugar y el control del objeto; porque el agorafóbico necesita ubicarse.

El gran problema del agorafóbico es encontrar su espacio, por eso todas sus sensaciones de tranquilidad o de intranquilidad (angustia) están vinculados con el lugar, con su lugar porque esto le da la sensación de estar de ser.

Un enfermo bajo la acción del L.S.D., sentía que yo me acercaba cada vez más a él y la angustia se iba haciendo cada vez más insoportable. Sentía la angustia de la violación, de la introducción del otro en “mi espacio”, de la penetración en mi yo íntimo. Sentía como si se rompiera la barrera existente alrededor de él y ocupara un espacio que iba robando a su yo. Sentía que yo me

movía más hacia él, cada vez tomando más y más espacio, y como consecuencia modificaba las relaciones de él con los objetos que lo rodeaban, y de esa manera destruía su realidad y me adueñaba de su mundo. Percibía que anulaba su-ser-para-sí; mientras esto sucedía veía que mi rostro se iba resquebrajando como en el retrato de Donan Gray, y me controlaba inquisitiva-mente con la mirada; índice que la identificación proyectiva había llegado al máximo.

Esta situación se da con otras variantes en la claustrofobia.

Otras veces, este espacio se ensancha, como cuando hay una recreación maníaca con los objetos internos, los cuales tienden a proyectarse fuera de este espacio e invadir el mundo externo, como sucede en la vivencia oceánica donde todo es omnipotente y sin barreras. Esta es una situación que el analista la vive contratransferencialmente. Aquí el espacio se hace avasallante; lo que indicaría en último término una modificación de la estructura de contacto y la proyección del yo sobre los objetos elegidos o impuestos circunstancialmente para obtener su posesión y control. Pero esto puede traer *también la sensación* de vacío, por la posibilidad de proyección del yo al exterior, apareciendo como consecuencia síntomas de claustrofobia y despersonalización.

En condiciones fisiológicas y en personas normales, la modificación de éste espacio, puede traer angustia: me refiero por ejemplo al llamado vértigo de la altura, en que la persona siente que puede caerse cuando mira de un balcón; Siente como una atracción a tirarse, y al mismo tiempo angustia.

Al modificarse el espacio de arriba a abajo siente horror al vacío. Es también la sensación del agorafóbico pero en sentido vertical, es la sensación de ser nada frente al espacio. El deseo de tirarse es el deseo de volver al claustro materno. Es posible que la angustia que provoca la modificación de este espacio esté vinculado al trauma del nacimiento.

La nueva situación de pasaje de feto a recién nacido no sólo trae aparejado cambios nutritivos, de oxigenación y de ambiente, sino también cambios espaciales al cual tiene que adaptarse. Este espacio o distancia debe corresponder

al espacio del feto con respecto a las membranas. La angustia frente al espacio sería debido al fracaso de la represión del proceso primario.

El espacio abierto del agorafóbico es siniestro porque en el no se puede disociar. No hay punto de referencia para encontrar el camino. El desamparo del agorafóbico frente al espacio, es el desamparo del niño al salir del claustro y perder la conexión con él.

BIBLIOGRAFIA

ABERASTURI, A. — El juego de construir casas y su interpretación. Revista Ar. de Psicoanálisis Tomo 4 1950.

ALVAREZ DE TOLEDO, L. El análisis de asociar, Interpretar y de las palabras. Rev. de psicoa. Argentina Tomo 4 1956.

ALVAREZ DE TOLEDO, L.; FONTANA PEREZ MORALES. Psicoanálisis y L. S. D. Act. Neuropsiquiat. Vol. 4 1958.

BARANGER W. — Notas sobre concepto de fantasía Inconciente. Rev. Psicoanal. Argentina. Tomo 4 1956.

MOM JORGE. — Algunas consideraciones sobre el concepto de distancia en las fobias. Rev. Psicoan. Argentina. Tomo 4 1956.

KOOLHAAS, G. — Un sueño típico: el ascensor. Rev. Psicoanal. Argentina. Tomo 4 1956.

KOOLHAAS, G. — El espacio onírico y la angustia laberíntica. Rev. Uruguay de Psicoanal. Tomo 3 1960.

REY J. C. — Esquema Corporal y L.S.D. 25. Anales de Clínica Psiquiátrica. Tomo 2 1959 (Imprenta).

RASCOVSKY, A. — El Psiquismo Fetal - Editorial Paidós.

- RODRIGUE, E. — La Concepción del mundo en la autista. Rev. Psicoanal. Argentina. Tomo 4 1956.
- GARCIA REINOSO. — Sobre el esquema corporal. Rev. Psicoanal. Argentina. Tomo 4 1956.
- SARTRE J. — L'etre et le néant Libraire Gallimard 1943.
- SEGUIN, C. A. — El espacio individual. Revista de Psiquiatría y psicología. Tomo 4 1959.
- WERECKEN. — Análisis existencial del proyecto del mundo mediante el contacto de los ojos. Rev. Psiquiat. y Psicología. Tomo 4 1959.
- TALLAFERRO, A. — Mescalina y L.S.D. Buenos Aires 1956.

RESUMEN

Podemos decir que el L. S. D. actuando sobre el encéfalo provoca una ruptura de la estructura dinámica o Gestalt del esquema corporal, y ésta vivencia es sentida como un nuevo trauma de nacimiento, con el despertar de las angustias primitivas, provocando esto la desconexión del sujeto con su cuerpo, con el mundo y como consecuencia se producen fenómenos de regresión y progresión, que se expresan en vivencias somáticas, en alucinaciones, seudoalucinaciones, dramatización de parto, nacimiento y muerte. La pérdida de la noción corporal, produce la angustia locomotriz, apareciendo la regresión oral. Se pierde la conexión con el mundo real y se intensifica la relación con los objetos internos, con las características propias del proceso primario. Se produce la disociación cuerpo-mente y se hacen presentes las fantasías inconcientes, representantes afectivas de las sensaciones corporales, como sucede en el momento del nacimiento; apareciendo la recreación de la unión prenatal con la madre, como

objeto interno “idealizado”, provocando esto el estado oceánico.

Se asimila esta situación con el fenómeno del sueño y el de la esquizofrenia. Se amplían estas modificaciones estudiando la incoordinación de los sentidos, que lleva a la situación de pérdida de estar en el mundo y la vivencia de la nada. Se estudia el rol de la palabra y de la visión en la integración del esquema corporal, y por último se estudia la psicopatología del espacio individual o “distancia”, como una prolongación del esquema corporal como una zona que existe alrededor del cuerpo y que está incorporada a nuestro yo y cuya violación nos angustia. Se estudia este espacio desde el punto de vista funcional y patológico, en la agorafobia, en la intoxicación por L. S. D. y en la claustrofobia.

SUMMARY

We may say that L. S. D. acting on the brain causes a rupture of the dynamic structure or “gestalt” of the corporal plan and this feeling is felt like a new trauma of birth with the awakening of the primitive anxiety; thus provoking the disconnection of the subject with his body, with the world, bringing ready phenomenon of regression and progression which is expressed in somatic feelings, hallucinations, false hallucinations, dramatization of parturition, birth and death. The loss of corporal notion produces the locomotor anxiety, thus appearing the oral regression.

The connection with the real world is lost and the relation with the internal objects is intensified with the proper characteristics of the primary process. The disassociation of the bodymind takes place and the unconscious fantasies affective of corporal sensations become present as it happens in the moment of birth.

The re-creation of the prenatal union with the mother shows up like an “idealized” internal object, thus provoking the oceanic condition.

This situation assimilates with the dream and schizophrenic phenomenon.

These modifications are amplified by studying the incoordination of the feelings which carry to the situation of loss of being in the world and of living in nothing. The meaning of the word and of the vision in the integration of the corporal scheme is studied; and ultimately the psychopathology of the individual space or “distance” like a prolongation of the corporal scheme like a zone which exists around the body and which is incorporated in our ego and whose violation anguishes us, is also studied.

This space is studied from the functional and pathological point of view in the Agoraphobia, in the intoxication by L. S. D. and in the claustrophobia.

